



Università degli Studi di Padova  
Dipartimento di Medicina  
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

IPNOSI MEDICA: RUOLO DELL'INFERMIERE  
PROFESSIONALE NEL GARANTIRE ANALGESIA E  
ANSIOLISI PROCEDURALI. REVISIONE DELLA  
LETTERATURA, SUPPORTATA DALL'ANALISI DI UN  
CONTESTO OPERATIVO.

Relatore: Dr. Gastone Zanette  
Correlatore: Inf. Milena Muro

Laureanda: Eva Loschi

Anno Accademico 2014-2015



## **INDICE**

1. Introduzione	1
2. Scopo del lavoro	5
3. Metodologia	7
4. Risultati	9
4.1 Analgesia	10
4.2 Ansiolisi e sedazione	12
4.3 Educazione terapeutica	13
5. Discussione	17
6. Conclusioni	23

**BIBLIOGRAFIA**

**SITOGRAFIA**

**ALLEGATI**



## **RIASSUNTO**

### **Scopo dello studio**

Lo scopo dello studio è la revisione critica della letteratura internazionale al fine di comprendere gli sviluppi dell'integrazione tra la terapia ipnotica e i contesti clinici d'interesse per la prassi infermieristica. Ulteriori approfondimenti e indagini sono stati necessari al fine di documentare l'uso della tecnica nel contesto italiano. L'ipnosi medica o ipnositerapia viene definita come la cura eseguita attraverso l'ipnosi. Essa induce nel paziente uno stato fisiologico, non sovrapponibile al sonno, intrinseco nella persona, completamente naturale ed esperibile da tutti, anche nella quotidianità.

### **Metodologia**

La ricerca bibliografica in Pubmed, attraverso le parole chiave "Hypnosis", "Nurse", "Procedural pain", ha fornito numerosi articoli. Sono stati applicati criteri di esclusione legati soprattutto a tipologie particolari di pazienti (psichiatrici e puerperio), mentre sono stati considerati gli articoli relativi a interventi ipnotici svolti da infermieri. La ricerca pertanto è stata estesa ad altri siti d'interesse infermieristico o pubblicazioni di Collegi infermieristici (IPASVI).

### **Risultati**

Sono stati individuati ottantanove articoli. Diciannove descrivono l'uso dell'ipnosi da parte del personale infermieristico per garantire al paziente analgesia e ansiolisi. Inoltre, in diversi contesti clinici, sono stati rilevati applicazioni della tecnica ipnotica nell'educazione terapeutica e integrata in Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali.

L'esperienza italiana maturata dal progetto interno della Città della Salute e della Scienza di Torino, viene presentata durante il XVI Convegno IPASVI 2012.

### **Conclusioni**

Nonostante l'ipnosi sia studiata e utilizzata a livello internazionale, la sua diffusione è ancora limitata, soprattutto in ambito infermieristico. Sia la letteratura internazionale, sia la sperimentazione di Torino suggeriscono che, per favorirne la diffusione in ambito infermieristico, sia necessaria una formazione specifica. In Italia la formazione per la professione infermieristica è possibile dal 2007.



## 1. INTRODUZIONE

Per ipnosi si intende uno stato di coscienza modificato in cui il soggetto, attraverso la realizzazione dell'ideoplasia riesce a cambiare alcune proprie peculiari caratteristiche fisiologiche e psicologiche. L'ideoplasia è un'idea sulla quale il soggetto è concentrato e talmente coinvolto, che tutto ciò che accade attorno a sé acquisisce un minor interesse. Non significa, però, che il soggetto perda coscienza, semplicemente è solo completamente assorbito dall'esperienza interna che sta vivendo.

Purtroppo, le caratteristiche di questa tecnica sono state spesso associate al mondo dello spettacolo e ciò ha indotto nella nostra cultura una conoscenza dell'ipnosi per niente scientifica e tale da indurre diffidenza nei professionisti sanitari. Il suo utilizzo negli spettacoli al fine di aumentare l'*audience*, infatti, ha sviato il pubblico dal suo reale significato. Per questo motivo l'*American Medical Association* dal 1958 approva l'uso dell'ipnosi al fine medico, mentre è stata interdetta allo scopo d'intrattenimento (Wobst, 2007).

In questa tesi l'interesse sarà rivolto solo all'ipnosi utilizzata in ambito medico e psicologico, tralasciando fin da subito quella concepita a scopo extra-clinico.

Esistono molte definizioni d'ipnosi, riteniamo più adatta quella di Franco Granone illustre fondatore del Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale con sede a Torino (CIICS): *“Una manifestazione plastica dell'immaginazione creativa adeguatamente orientata”* (Granone, 1989). L'importanza della creatività risiede nel fatto che, per entrare in ipnosi, il soggetto deve essere in grado di rapportarsi con la realtà e, inoltre, deve avere un livello culturale tale che ne permetta la comprensione.

L'esperienza ipnotica induce nel soggetto diversi possibili cambiamenti attraverso la fissazione intensa su un'idea che provoca alcune risposte fisiologiche a livello neurovegetativo, somatico e percettivo. Questa condizione particolare del soggetto permette l'espressione del *“monoideismo plastico”*, cioè la realizzazione del fine cercato dal paziente, come ad esempio l'analgesia, l'ansiolisi e la riduzione della nausea.

Nel soggetto si determina un cambiamento dovuto a una più approfondita conoscenza di sé, di pensieri, emozioni, motivazioni con conseguente benessere psico-fisico che può permanere anche dopo il trattamento ipnotico. L'ipnosi viene studiata ed impiegata anche

per il controllo dell'ansia e, più in generale, per migliorare la qualità di vita (Saadat et al. 2006; Flory et al. 2007; Ernst et al 2007; Cuellar, 2005).

La capacità nel creare analgesia in ipnosi è, come vedremo a seguire, una delle caratteristiche di maggiore interesse per il campo medico (Faymonville et al. 2000).

L'utilizzo dell'ipnosi risale agli albori della storia dell'umanità, ma i primi studi sono stati documentati nell'Europa del XVIII secolo. La storia dell'ipnosi inizia come tecnica alternativa all'anestesia, per poi essere studiata come metodo complementare e solo negli ultimi anni è stata sperimentata come trattamento aggiuntivo alla sedazione cosciente (Lang & Rosen, 2002; Facco et al. 2013).

Nel 1800, l'ipnosi medica veniva utilizzata in alternativa a farmaci anestetici che non erano ancora stati scoperti. Troviamo nella letteratura di allora la documentazione di molti interventi chirurgici eseguiti sul paziente in ipnosi che, tuttavia, è stata abbandonata anche a causa della scoperta e successiva diffusione in medicina dei nuovi anestetici (Wobst, 2007). Le difficoltà nella standardizzazione della tecnica hanno ostacolato l'indagine scientifica riguardo l'ipnosi clinica (Babaraz & Perez, 2007).

Solo all'inizio del XX secolo è nuovamente cresciuto l'interesse medico per l'ipnosi, specie in campo psichiatrico, ove è particolarmente significativa la relazione terapeutica (Erickson & Rossi, 1985). L'ipnosi è più diffusa negli Stati Uniti d'America, dove esistono varie associazioni come l'*American Society of Clinical Hypnosis* che ne ha promosso l'impiego in grandi strutture ospedaliere, come ad esempio la *Mayo Clinic* (Stewart, 2005). Le nuove tecniche di *neuroimaging*, in particolar modo tomografia ad emissioni di positroni (PET), risonanza magnetica funzionale (fRM) e studi di elettrofisiologia, hanno permesso di affrontare in modo approfondito e con rigore scientifico lo studio del trattamento ipnotico (Faymonville et al. 2000; Faymonville et al. 2006; Nusbaum et al. 2011). Altresì, questi studi hanno riacceso l'interesse verso usi diversificati di questa tecnica in contesti clinici e hanno permesso di favorire l'accettazione e la conseguente attuabilità del trattamento da parte della comunità medico-scientifica (Montgomery et al. 2002; Patterson & Jensen, 2003).

Per quanto concerne le indicazioni riguardo all'uso medico, l'ipnosi può essere efficace:

- Nella riduzione del dolore nei disturbi gastrointestinali come ulcere, colon irritabile, colite, morbo di Crohn (Colong & Rees, 1999; Montgomery et al. 2006);



- Nella riduzione del dolore di disturbi dermatologici come eczemi, herpes, neurodermite, prurito, psoriasi, verruche (Shenefelt, 2005; Erssfr et al. 2014);
- Nella riduzione del dolore acuto e cronico come mal di schiena, dolore oncologico, mal di testa ed emicranie, artrite o reumatismi (Patterson & Jersen, 2003; Cuellar, 2005; Castel et al. 2006; Elkins et al. 2007; Kirsh et al. 2007; Nusbaum et al. 2011; Jones et al. 2015);
- Nella riduzione di nausea e vomito come sintomi conseguenti alla chemioterapia (Deng & Cassileth, 2005; Nèron & Stephenson, 2007; Lotfi-Jam et al. 2008; Faymonville et al. 2009; Kwekkeboom et al. 2010; Montgomery et al. 2010);
- Nello stabilizzare il flusso ematico (Jambrik et al. 2005; Santarcangelo et al. 2005);
- Nella gestione dell'ansia in eventi acuti respiratori correlati ad allergie, in particolare dell'asma (Steward, 2005);
- Nella riduzione dell'ipertensione e nelle procedure invasive vascolari (Ashton et al. 1995; Casiglia et al. 2007; Novoa & Hammond, 2008);
- Nella riduzione del dolore correlato alla sostituzione delle medicazioni su ferite da ustioni di secondo grado ed oltre (Wernick et al. 1981; Patterson et al. 1992; Wright & Drummond, 2000; Berger et al. 2010; Gamst-Jensen et al. 2014);
- In chirurgia come analgesico, soprattutto nelle situazioni in cui l'anestesia farmacologica sia controindicata a causa di allergie o iper-sensibilità; o in alcune condizioni in cui il paziente debba essere in grado di rispondere alle domande o direttive del chirurgo (Disbrow et al. 1993; Lebovits et al. 1999; Meurisse et al. 1999; Faymonville et al. 2000; Montgomery et al. 2002; Faymonville et al. 2003; Gurgevich, 2003; Faymonville et al. 2006; Spiegel, 2007; Faymonville et al. 2009; Facco et al. 2013; Nelson et al. 2013);
- Durante il parto e per ridurre la nausea determinata dalla gravidanza (hyperemesis gravidico) (Beebe, 2014);
- Come alternativa all'anestesia farmacologica in contesti odontoiatrici (Ghoneim et al. 2000; Medlincott & Harris, 2006; Abrahamsen et al. 2010; Mackey, 2013);
- Riduzione dell'ansia e dolore correlata a procedure invasive in regime ambulatoriale (Montgomery et al. 2000; Nilson et al. 2003; Lang et al. 2004; Schulz-Stübner et al. 2004; Lang et al. 2006; Spiegel, 2006; Flory et al. 2007; Montgomery et al. 2007; Lang et al. 2014);

- Nella riduzione dell'ansia, attraverso il blocco della reazione simpatica dovuta a stress, ne determina l'ansiolisi (Lang et al. 2000; Lang et al. 2002; Deng & Cassileth, 2005; Lang et al. 2006; Saadat et al. 2006; Lang et al. 2008; Lang et al. 2010);
- Riduzione ansia e dolore in paziente pediatrico (Duhamel et al. 1999; Kuppenheimer & Brown, 2002; Wild et al. 2004; Nash, 2005; Spiegel et al. 2005; Cyna et al. 2007; Mackenzie & Frawley, 2007; Stinson et al. 2008; Umanet al. 2008; Liossi et al. 2009; Restifet al. 2010; Bayat et al. 2010; Rutten et al. 2015).

L'uso di questa tecnica è controindicato in quei soggetti con un compromesso rapporto con la realtà, oppure oligofrenici o con difficoltà di apprendimento (Gurgevich, 2003; Mackey, 2010). Queste persone hanno una struttura di personalità che non gli permette di approfondire l'induzione ipnotica, questo aspetto soggettivo viene molto studiato nell'applicazione pratica delle scale d'ipnotizzabilità (Wagstaff et al. 2008).

## **2. SCOPO DEL LAVORO**

Lo scopo del presente studio è quello di valutare l'impiego dell'ipnosi medica da parte del personale infermieristico, per ottenere analgesia ed ansiolisi procedurali.

Un secondo obiettivo è l'analisi dell'esperienza maturata presso molteplici dipartimenti del distretto Ospedaliero di Torino, che dal 2007 coinvolge il proprio personale infermieristico e medico nella formazione specifica in tecniche ipnotiche.



### **3. METODOLOGIA**

L'analisi è stata effettuata nella Banca dati Pubmed attraverso l'uso delle seguenti parole chiave riferite alla terminologia "Medical Subject Headings" (MeSH): Hypnosis, Hypnotherapy, Nurse, Nursing, Acute pain, Chronic pain, Invasive procedures, Anxiolysis, Analgesia, Sedation, Surgery.

Inoltre, sono stati impiegati altri termini liberi: Procedural pain, Preoperative, Postoperative, Conscious sedation, Anti-anxiety agents, Gastrointestinal, Resonance magnetic imaging.

Le stringhe di ricerca utilizzate sono state: "Hypnotherapy AND Nurse", "Hypnosis AND Preoperative AND Postoperative", "Procedural Pain AND Hypnosis", "Hypnosis [MeSH] AND Anti-Anxiety Agents [MeSH]".

I criteri d'inclusione sono stati: testi in lingua inglese, francese o italiana, presenza dell'abstract. Non è stato previsto un limite temporale riguardo all'anno di pubblicazione degli articoli.

L'indagine nella banca dati è stata svolta nel periodo gennaio-settembre 2015.

Un ulteriore criterio di selezione è stato quello di individuare alcuni studiosi che più di altri risultavano autorevoli rispetto al quesito di ricerca (ad esempio autori con un alto indice di citazione) e i cui articoli sono disponibili in full-text.



## 4. RISULTATI

La ricerca per parole chiave ha prodotto la selezione di 222 articoli. Gli articoli così selezionati sono stati ulteriormente vagliati attraverso la lettura dell'abstract. Sei di questi articoli sono sprovvisti di abstract, per cui non sono stati inclusi.

Si è proceduto all'esclusione di altri 39 articoli che trattano l'uso dell'ipnosi in contesti psichiatrici o in ostetricia. Tale scelta è stata vincolata dalla peculiarità degli interventi: in contesti psichiatrici l'ipnosi viene sempre effettuata da personale medico, in ostetricia la presenza nel contesto operativo di altre figure professionali possono precludere l'uso della tecnica all'infermiere.

Un altro articolo è stato tralasciato perché trattasi di uno studio case report, quindi non significativo per la revisione.

Alcuni articoli erano trascritti in lingue diverse da quella inglese, francese o italiana.

Ulteriori 10 articoli sono stati scartati perché confrontavano l'intervento con ipnosi rispetto altri trattamenti medici nell'ambito della *Complementary and Alternative Medicine* (CAM) e non sono ritenuti pertinenti al quesito di ricerca.

Ben 46 articoli non sono risultati pertinenti al quesito di ricerca perché trattavano argomenti non attinenti, come per esempio l'uso dell'ipnosi per la disaffezione al fumo.

In definitiva sono stati esclusi:

- 6 articoli sprovvisti di abstract.
- 39 articoli d'interesse psichiatrico o ostetrico.
- 1 studio case report.
- 11 articoli pubblicati in lingua diversa dall'inglese, francese o italiano.
- 10 articoli in quanto si dedicano al confronto tra diversi trattamenti.
- 46 articoli non pertinenti al quesito di ricerca.

I rimanenti 109 articoli sono stati ritenuti significativi per il quesito di ricerca, ma per 30 articoli non è stato possibile reperire il testo integrale.

In conclusione l'attività di ricerca della letteratura internazionale ha prodotto la selezione di 79 articoli, ai quali sono stati aggiunti 10 articoli ricavati da alcuni autori particolarmente indicativi per la ricerca: ad esempio David Patterson, Elvira Lang, Guy Montgomery.

Riguardo al secondo obiettivo dello studio, si è cercato nella letteratura internazionale un collegamento specifico tra ipnosi e pratica infermieristica in Italia. Negli articoli redatti da autori italiani, medici e psicologi, non si è riscontrato alcun intervento infermieristico. Pertanto la ricerca è proseguita utilizzando Internet, in particolare riviste elettroniche, siti redatti da infermieri o da loro associazioni professionali.

In particolare va menzionata la Federazione Nazionale Collegio Infermieri (IPASVI) che, nel presentare il suo XVI Congresso Nazionale, nel 2012, ha pubblicato alcune sperimentazioni. Tra queste viene riportato l'ambizioso progetto che promuove l'uso delle tecniche ipnotiche, da parte dell'infermiere, in diversi reparti presso l'Ospedale "Molinette" nella città di Torino.

I risultati della ricerca nella letteratura internazionale e quelli inerenti alla sperimentazione di Torino, suddivisi per tipologia d'intervento infermieristico analgesia, ansiolisi ed educazione terapeutica sono stati riassunti nella tabelle riportate negli allegati.

#### **4.1 Analgesia**

La garanzia dell'analgesia presso una qualsiasi struttura sanitaria viene considerata inscindibile dalla valutazione della qualità del trattamento medico ed infermieristico. Già negli anni 1970 Martha Elizabeth Rogers (1914-1994) teorizza che il focus della scienza del *nursing* diventa l'essere umano nella sua integrità, nel rispetto del dualismo corporemente. Secondo quest'approccio, l'infermiere non può agire indipendentemente dal soggetto o dalla sua volontà, ma ha l'obiettivo di sviluppare il potenziale di ogni assistito verso l'indipendenza, la consapevolezza della cura, fornendogli stimoli all'autocura. In tal senso la "sofferenza" fisica o dolore corrisponde ad una situazione collegabile all'interpretazione soggettiva del sintomo dolore. La soggettività al dolore rende molto difficile il ricorso a tecniche che stimolano la capacità di modificare la percezione esperita, vista la componente affettiva del sintomo. La gestione del dolore è complessa e prioritaria per il professionista infermiere, come rimarcato dal contesto normativo, nell'articolo 34 del Codice Deontologico<sup>1</sup>. L'infermiere ha l'obbligo di accertare il dolore nei tempi predefiniti seguendo specifiche linee guida. In tutti gli studi considerati, nella rilevazione del dolore

---

<sup>1</sup> Codice Deontologico capo IV articolo 34 definisce: *"L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera perché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari"*. Tratto da *"Codice deontologico dell'infermiere approvato dal Comitato Centrale della Federazione il 1 gennaio 2009"*.



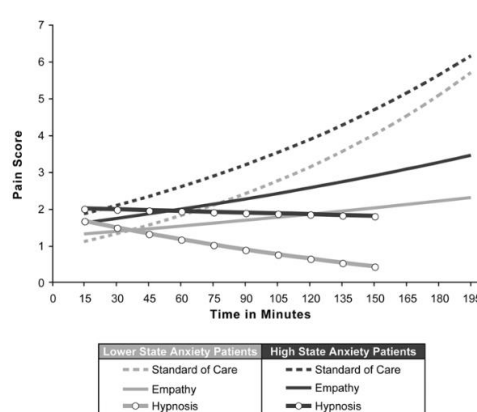
gli infermieri utilizzano sempre la Scala Analogica Visiva (Vas). Questo strumento è utile per validare il dolore esperito nella sua variabile d'intensità, sovrapponendolo a una linea orizzontale graduata da 0 a 10. Attraverso la descrizione verbale, il paziente indica l'assenza di dolore con punteggio pari a 0 e con 10 dolore fortissimo (Brunner-Suddarth, 2010). Nella totalità degli studi viene indicato come condizione necessaria per essere eleggibile alla sperimentazione e/o al trattamento ipnotico la presenza di un valore del grado d'intensità del dolore maggiore di 4 riferito alla scala Vas. Questa premessa è necessaria per integrare il trattamento ipnotico nel contesto sanitario e per comprendere il possibile ruolo dell'infermiere nel garantire analgesia. I risultati ottenuti della revisione sono stati riassunti nella Tabella A riportata negli allegati (Tabella A).

Innanzitutto, per ottenere la riduzione del dolore attraverso l'ipnosi è necessario un *setting* appropriato. L'ambiente tranquillo e riservato, permette al paziente di sentirsi rilassato e in totale privacy. Ad esempio, nel contesto chirurgico, l'induzione ipnotica viene solitamente svolta nell'ambiente dedicato all'accoglienza del preoperatorio (Lew et al. 2011). L'interazione tra i partecipanti al trattamento deve essere improntata su un rapporto di fiducia e condivisione di obiettivi. Ciò avviene attraverso il consenso informato. Il paziente, infatti, dichiara di aver ricevuto e compreso le informazioni necessarie e di voler utilizzare il trattamento. Alcuni minuti prima di iniziare le indagini invasive, l'ipnologo induce l'ipnosi al paziente, utilizzando una voce calda e conciliante, che aiuta il soggetto a rilassarsi. Quando il paziente ha raggiunto un adeguato livello di rilassamento, l'ipnologo lo accompagna ad entrare nello stato di *trance* ipnotica, intesa come apertura verso una "comunicazione interiore".

Nel contesto chirurgico, da parte dell'infermiere, si ricorre prevalentemente ad utilizzare una particolare metodologia d'induzione ipnotica: la tecnica rapida (entro 3 minuti) o media (da 3 a 20 minuti). La scelta della tecnica è determinata dalla personalità del paziente e dal tempo necessario all'intervento chirurgico. E' possibile verificare il grado dello stato di *trance* del paziente attraverso l'uso di scale validate specifiche come *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale* (SHSS) o *Hypnotic Induction Profile* (HIP). Queste scale sono piuttosto complesse e gli ipnologi ricercano un'univoca soluzione che indichi, in modo chiaro e definito, le capacità ipnotiche del soggetto (Wagstaff et al. 2008). La semplice osservazione del paziente può già indicare all'operatore la profondità dello stato di *trance* dell'assistito. Infatti, ogni pensiero o immagine suggerita dal terapeuta, crea nel

soggetto una peculiare reazione fisica, ad esempio la diminuzione del tono muscolare, il respiro più profondo e alcuni movimenti involontari delle palpebre. In maniera altrettanto diretta, si possono comunicare al soggetto le idee che lo aiuteranno a raggiungere la risposta psicosomatica desiderata, come l'analgesia. L'infermiere, inoltre, deve continuamente valutare l'intensità del dolore del paziente e le sue risposte fisiologiche (frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, stati d'ansia, alterazioni emotive), ma anche le risposte comportamentali e la profondità dell'ipnosi. Dopo la conclusione della procedura invasiva, si provvede a far uscire il soggetto dalla *trance ipnotica*, rinforzando la relazione di fiducia creata e indagando il vissuto dell'esperienza ipnotica.

I risultati ottenuti dalla ricerca ci indicano che l'ipnosi viene utilizzata nella riduzione del dolore acuto e cronico, in particolar modo in contesti ambulatoriali dedicati al trattamento della sindrome dell'intestino irritabile (IBS). Negli Stati Uniti d'America, in Inghilterra e in alcuni paesi francofoni (Francia e Belgio), questi ambulatori sono gestiti esclusivamente da personale infermieristico (Smith, 2006). Nel contesto internazionale e italiano, l'ipnosi viene impiegata prima di diverse procedure diagnostiche invasive quali ad esempio biopsie ossee e punture lombare (Ellis & Spanos, 1994), non solo per garantire analgesia, ma anche per aiutare il paziente a mantenere una prestabilita posizione per tutto l'indagine diagnostica. Per quanto riguarda le cure palliative, in ambito pediatrico e negli adulti, l'uso dell'ipnosi è maggiormente utilizzato nel ridurre i sintomi correlati alla terapia chemioterapica quali nausea e vomito (Richardson et al. 2006; Keller et al. 1995).



**Figura 1:** Riduzione del sintomo dolore durante trattamento ipnotico relazionato al gruppo controllo dello studio che riceve solo il trattamento standard e a quello che riceve un trattamento maggiormente empatico dai professionisti (Lang et al. 2005, pag 5).

## 4.2 Ansiolisi e sedazione

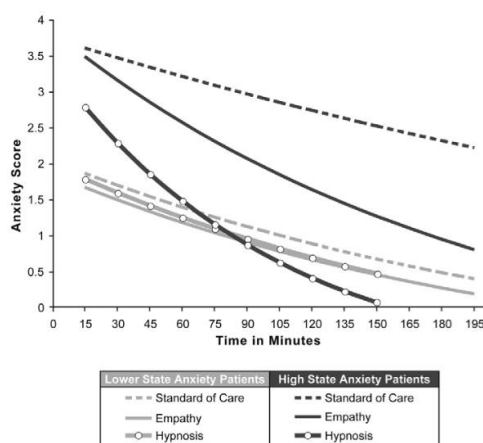
Per ansia si intende stato di agitazione motivato da incertezza, trepidazione, desiderio affannoso. Spesso accompagna l'anticipazione di un pericolo e determina una situazione fisiologica e malessere diffuso. Nei soggetti ansiosi spesso si possono riscontrare parametri vitali alterati come per esempio aumento della pressione del sangue, una crescente frequenza cardiaca, senso di vertigini, sensazione di peso al petto, fino a malesseri gastrointestinali. E' risaputo, inoltre, che l'ansia si accompagna ad esperienze negative di trattamento. Entrambe possono compromettere i successivi "follow-up" previsti nel piano di assistenza integrato. Il rischio di sfiducia del paziente nei confronti del sistema sanitario, ma anche l'aumento dei rischi di comorbidità e mortalità, rendono l'accertamento dello stato d'ansia del paziente una delle priorità nel piano diagnostico infermieristico (Lang et al. 2010). Lo stato d'ansia del paziente, da parte dell'infermiere può essere valutato attraverso alcuni descrittori verbali (lieve, moderato, intenso) oppure con la scala *State-traid Anxiety Inventory* (STAI-forma Y). Quest'ultima viene utilizzata nella totalità degli articoli selezionati e presenta 40 *item* che indagano l'ansia percepita dal paziente in un punteggio tra 0, assenza di ansia, e 100, grave stato di ansia (Brunner- Suddarth, 2010). E' importante che il trattamento ipnotico venga somministrato in un intervallo estremamente breve, rispetto all'enunciazione di diagnosi infermieristica di ansia. Anzi, la letteratura consiglia all'infermiere di anticipare l'accertamento sul possibile rischio di ansia e di adottare il trattamento appena il soggetto presenta le prime manifestazioni del sintomo (Lang et al. 2005).

La letteratura e l'esperienza di Torino evidenziano quanto tale intervento agevoli il professionista soprattutto durante attività di diagnostica invasiva. A tal riguardo ricordiamo l'uso dell'ipnosi in caso di crisi claustrofobica determinata dalla fRM. In questi contesti si possono ridurre sia l'ansia anticipatoria, sia il mancato svolgimento dell'esame diagnostico ed inoltre migliorare la percezione dell'esperienza ambulatoriale da parte dell'assistito (Lang et al. 2010; Tratto da <http://ipasvi.torino.it/> consultato dal 20/02/2014).

Presso la Terapia antalgica di Torino il posizionamento d'impianto di un neurostimolatore midollare (SCS) viene eseguito con l'induzione ipnotica, anche per mantenere l'emodinamica del paziente stabile durante tutto l'intervento (Tratto da <http://ipasvi.torino.it/> consultato dal 20/02/2014). L'ipnosi si dimostra utile anche perché aiuta il paziente nel mantenimento posturale durante l'intervento invasivo, favorendo la

procedura e diminuendo i tempi di esecuzione della stessa. L'infermiere, attraverso l'ipnosi, riesce a garantire l'ansiolisi e migliorare il *comfort* del paziente.

I risultati ottenuti dalla ricerca sono stati riassunti nella tabella B riportata negli allegati (Tabella B).



**Figura 2:** Riduzione del sintomo ansia durante trattamento ipnotico relazionato al gruppo controllo dello studio che riceve solo il trattamento standard e a quello che riceve un trattamento maggiormente empatico dai professionisti (Lang et al. 2005, pag 5).

### 4.3 Educazione terapeutica

L'OMS nel 1988 definisce: "L'educazione terapeutica consiste nell'aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia e il trattamento, ad aderire al piano terapeutico, a farsi carico del proprio stato di salute ed a conoscere e migliorare la propria qualità di vita".

Alcuni pazienti si prendono più cura di se stessi, migliorano il proprio stile di vita, ascoltano il proprio corpo e lo assecurano. Altri invece si lasciano trascinare da un circolo vizioso dove paura, ansia non fanno altro che aumentare d'intensità e di frequenza il dolore (Goleman, 1996). Ancor più spesso il dolore è motivo di sconvolgimento della persona che ne soffre, creando diversificati atteggiamenti di difesa. L'infermiere è preparato nel cogliere i cambiamenti positivi, o negativi, del paziente. Inoltre, il professionista sanitario riconosce una finalità del proprio intervento educativo nella riduzione della dipendenza dei pazienti verso gli operatori. L'educazione terapeutica consiste nel rendere il paziente consapevole e responsabile della propria salute, facendo leva sulle sue risorse interiori, in modo attivo e responsabile. L'ipnosi è di evidente

beneficio in questo contesto, poiché, aiuta il soggetto a diventare protagonista del proprio percorso di cura e a raggiungere una maggior indipendenza dai sanitari (Smith, 2006).

L'educazione è un processo interattivo, attraverso una condivisa alleanza terapeutica, l'infermiere informa, educa e monitora il paziente sulle possibili capacità personali di gestire la propria malattia. Per ottenere *outcome* soddisfacenti e duraturi nel tempo è necessaria la fiducia dell'assistito. La letteratura internazionale indica come l'intervento ipnotico possa essere integrato in percorsi predefiniti. Benefici apportati dal trattamento ipnotico nella prassi infermieristica in ambito ambulatoriale sono ben descritti in alcuni studi sperimentali che trattano i disturbi IBS (Bremmer, 2013). Tali benefici si possono riassumere nell'analgesia, nella riduzione dell'ansia anticipatoria e in quella determinata da possibili recidive, che spesso il paziente collega ai numerosi *follow-up* (Gatlin & Schulmeister, 2007). In questo contesto, la competenza dell'infermiere è necessaria nella valutazione delle potenzialità del paziente e nella personalizzazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA). L'approfondita conoscenza del paziente, nella sua complessità, favorisce una migliore qualità dell'assistenza.

Il progetto terapeutico, integrato con ipnosi, comprende l'incontro formativo tra paziente e infermiere. Quest'ultimo, attraverso la pratica, trasferisce al paziente le abilità tecniche, aiutandolo ad acquisirle in autonomia. L'infermiere, infine, valuta gli effetti dell'educazione sul paziente, misura il suo soddisfacimento, la *compliance* e i suoi cambiamenti sia di qualità di vita, che d'intensità di sintomi.

La sperimentazione di Torino documenta l'importanza del valutare i cambiamenti della sfera psicosociale dell'assistito, ad esempio un aumento della collaborazione del paziente con l'équipe (tratto da <http://ipasvi.torino.it/> consultato dal 20/02/2014). La potenzialità del trattamento ipnotico risiede proprio nel fatto che il cambiamento viene indotto emotivamente, questo favorisce la continuità del beneficio a lungo termine. In termini tecnici, quest'ultimo, viene definito "ancoraggio" e permette al paziente di poter utilizzare lo strumento ipnosi in autonomia (autoipnosi). Nel contesto educativo è, inoltre, importante valutare le aspettative del paziente verso il trattamento. Infatti, se le aspettative sono positive favoriscono l'apprendimento, se negative possono allungare i tempi d'insegnamento o impedire il raggiungimento dell'obiettivo.

L'educazione terapeutica viene descritta sia nella letteratura, sia nella sperimentazione di Torino. Quest'ultima esamina non solo il gradimento del paziente rispetto all'intervento,

ma anche la soddisfazione dell'infermiere che lavora con l'ipnosi (tratto da [www.asieci.it](http://www.asieci.it), consultato il 7/07/2014).

Questo interesse è particolarmente significativo nell'uso dell'ipnosi da parte d'infermieri che si occupano di pazienti oncologici. Come già accennato, l'ipnosi apporta un'efficace riduzione di sintomi legati al trattamento chemioterapico come nausea e vomito, migliorando notevolmente la qualità di vita di questi pazienti. Solitamente il programma di educazione terapeutica richiede da 1 a 5 incontri per acquisire dimestichezza con la tecnica ipnotica (Gatlin & Schulmeister, 2007). Risulta altrettanto fondamentale che l'infermiere accompagni il paziente nei successivi *follow-up* per valutare il beneficio ottenuto, motivandolo a continuare il percorso intrapreso.

I risultati ottenuti dalla revisione della letteratura sono riassunti nella tabella C riportata negli allegati (Tabella C).

## 5. DISCUSSIONE

Dopo aver ottenuto il riconoscimento come trattamento non farmacologico, l'ipnosi, viene incorporata in un contesto applicativo clinico. Il suo maggior sviluppo nella ricerca e nell'applicazione clinica si attesta in paesi come Stati Uniti d'America e Belgio. Questi paesi ci insegnano che la formazione in campo ipnotico è indispensabile per una sua diffusione in clinica. L'impiego dell'ipnosi da parte dell'infermiere, al fine di garantire analgesia e ansiolisi, viene poco trattato nella letteratura internazionale. Si crea pertanto l'esigenza da parte del personale infermieristico di approfondire la conoscenza di questa tecnica da un punto di vista teorico e applicativo.

L'applicazione clinica dell'ipnosi inizia con l'uso esclusivo da parte della professione medica, ma da, oramai qualche decennio, nel contesto ospedaliero internazionale, la figura infermieristica assume una posizione chiave nello sviluppo applicativo, specie se il contesto clinico è standardizzato, come ad esempio in alcuni interventi chirurgici in elezione.

Spesso gli articoli selezionati non consentono di distinguere i diversi ruoli attivi che svolgono i partecipanti nello studio (medico, infermiere, odontoiatra, fisioterapista, psicologo). Storicamente l'infermiere, nell'uso della pratica ipnotica, è stato considerato marginale, partecipando allo studio solamente svolgendo il proprio usuale compito: accertamento, diagnosi infermieristica, pianificazioni degli interventi e valutazione dell'efficacia dell'intervento su sintomi come l'ansia e il dolore (Wright & Drummond, 2000).

Quotidianamente l'infermiere si trova a contatto con questi sintomi e deve poterli gestire in sicurezza e, se possibile, evitando al paziente le complicità ad essi correlate. Al fine di aumentare il beneficio del paziente, la comunità scientifica infermieristica confronta le diverse tecniche non farmacologiche. L'interesse infermieristico deve essere rivolto alla conoscenza approfondita dei diversi trattamenti, soprattutto al fine di rendere il professionista competente nell'informare, consigliare ed orientare i propri assistiti. L'infermiere pertanto è tenuto a sapere che l'uso dell'ipnosi non presenta nessuna complicanza per il paziente, al contrario il trattamento incrementa il benessere psico-fisico, aumenta la resilienza e può contribuire a migliorare i rapporti sociali. E' importante per il professionista conoscere in modo approfondito la tecnica e ciò che produce nel soggetto.

La letteratura internazionale dimostra che le attuali applicazioni dell'ipnosi in contesti clinici sono guidate da un'équipe multiprofessionale, che collabora allo scopo comune di migliorare l'esperienza operatoria all'assistito. Tale modalità viene in particolar modo promossa nelle sperimentazioni di Elvira Lang dove, già espresso nel disegno progettuale, per garantire la continuità assistenziale al paziente, si richiede la formazione all'uso dell'ipnosi di tutto lo staff chirurgico, compreso l'infermiere (Lang et al. 2010; Lang et al. 2014).

Per poter usare l'ipnosi in un contesto clinico internazionale è necessaria la formazione universitaria e post-universitaria, con lezioni teoriche e pratiche, associate alla discussione di gruppo. La formazione in Italia viene promossa da diverse associazioni professionali e società scientifiche, ad esempio il CIICS, ed è consentita al personale infermieristico dal 2007. Tale formazione prevede 5 crediti formativi ed attesta i partecipanti con *European Certificate of Hypnosis*. Diverse scuole di formazione di alcuni paesi europei si sono riunite nell'*European Society of Hypnosis* (ESH) che dichiara i propri obiettivi come la promozione e la garanzia dello standard clinico ed una migliore comunicazione tra le scuole settoriali e la ricerca universitaria.

Riteniamo opportuno ricordare che, nella legislazione italiana, il profilo dell'ipnoterapista non viene definito in uno specifico operatore sanitario, come viene specificato nell'art 613 del Codice Penale (C.d.P.P.) e nell'art. 728 comma II del (C.d.P.P.). Bisogna puntualizzare che nell'ambito della pratica clinica internazionale, l'uso dell'ipnosi viene sempre definito dalle singole autorità statali. A tal proposito i risultati ottenuti nella presente ricerca, indicano chiaramente che, in molti paesi e soprattutto in America e Belgio, l'intervento ipnotico viene svolto da un team multiprofessionale, ove partecipa in modo attivo anche l'infermiere.

Il ricorso alla tecnica in contesti infermieristici pediatrici testimonia la potenzialità di tale trattamento per la prassi infermieristica. Quest'ultimo viene spesso utilizzato come risorsa preziosa nei contesti di cura oncologici, spesso connotati da dolore intenso, enfatizzando la caratteristica del trattamento ipnotico, che è anche quella di aumentare il *comfort* dei piccoli pazienti. L'uso dell'ipnosi in contesto pediatrico risulta preziosa proprio perché aiuta famiglia e bambino a sviluppare interventi volti a migliorare la qualità di vita. Il bambino vive l'esperienza ipnotica come un gioco, dall'altra parte, i genitori sono soddisfatti dell'interesse che il personale infermieristico dimostra verso le difficoltà del



loro bambino. L'ipnosi ben si adatta alla gestione del paziente pediatrico, in quanto risulta di facile utilizzo ed applicabile soprattutto negli interventi infermieristici di tipo invasivo. Tali interventi, quali venipunture o medicazioni di ferite, raramente vengono svolte senza l'aiuto di farmaci analgesici e ansiolitici, ma ugualmente possono creare nel piccolo paziente la "fobia del camice bianco". Anche per questo la letteratura pediatrica infermieristica internazionale ha prodotto un'ampia ricerca, soprattutto nei contesti di diagnostica invasiva, come le biopsie ossee e le punture lombari.

In un secondo momento, la tecnica ha suscitato l'interesse dell'infermiere che lavora in unità operative oncologiche e cure palliative rivolte ad adulti. Proprio in questo contesto, le attese del paziente verso gli interventi infermieristici, sono rivolte alla risoluzione dei sintomi e la soddisfazione dei propri bisogni. Spesso il malato oncologico vede l'incremento del suo dolore come un'esacerbazione della propria malattia, provocando una ridotta tolleranza al dolore. L'infermiere, in questo caso, valuta l'intensità del dolore e dell'ansia prima e dopo la somministrazione dei trattamenti, accompagna il proprio assistito ad esprimere i propri sentimenti. Solo in questo modo può aiutare l'assistito e dar sollievo alle sue sofferenze, non solo verso il dolore fisico, ma anche attraverso la comunicazione delle emozioni. Proprio in questi contesti, poter disporre di un trattamento rapido, che coadiuva la terapia farmacologica e che possa evitare la progressione del sintomo, come si può fare con l'ipnosi, risulta particolarmente prezioso alla prassi infermieristica. Inoltre sviluppare nell'assistito delle capacità personali, incrementare il suo beneficio e *comfort* sono le caratteristiche delle strategie cognitive cui viene accorpata anche l'ipnosi, che rendono l'intervento ancor più appropriato in questo contesto.

L'ambito chirurgico è stato quello più attento alle potenzialità analgesiche dell'ipnosi, sviluppando la tecnica attraverso alcune innovazioni allo scopo di standardizzarla, erogarla rapidamente e potenziarla. L'induzione all'ipnosi, infatti, diviene efficace anche attraverso registrazioni vocali o attraverso la lettura di un testo predefinito, validato da autorevoli studiosi (Spiegel, 2007). Anche da un punto di vista infermieristico, la standardizzazione della tecnica semplifica notevolmente l'applicazione e ne amplifica i benefici. Tuttavia è opportuno che l'infermiere non perda mai di vista l'aspetto olistico della cura e che impartisca le istruzioni attraverso queste metodologie, senza dimenticare lo stretto rapporto di fiducia con l'assistito.

Il primo uso della tecnica ipnotica in campo infermieristico è stato nell'intervento di sostituzione delle medicazioni su ferite da ustioni. Ad oggi risulta quello che ha raggiunto il maggior sviluppo applicativo. L'ipnosi, in questo contesto, si è dimostrata risolutiva nell'analgesia, nell'ansiolisi, ma, anche, nella riduzione del sanguinamento del microcircolo, favorendo in tal modo la pratica infermieristica (Brunner-Suddarth, 2010, pag 265, 294). L'*outcome* più significativo per l'infermiere è che il paziente riferisce di non provare la stessa ansia anticipatoria rispetto ai precedenti interventi invasivi.

Se gli effetti analgesici dell'ipnosi appaiono consolidati in contesti clinici infermieristici, la possibilità di attenuare o eliminare l'ansia non sembra aver ricevuto altrettanta attenzione. La gestione dell'ansia è uno dei problemi assistenziali riconosciuti dalla comunità infermieristica già a metà del secolo scorso. La studiosa di *nursing* Hildegard Peplau suggerisce al professionista infermiere di accertare sempre il livello d'ansia dei propri assistiti. Come definito nella diagnosi infermieristica nella tassonomia *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), gli interventi infermieristici, previsti in un piano di assistenza, devono sempre essere atti a ridurla. Tali interventi devono corrispondere a caratteristiche predefinite di efficacia, economicità, attuabilità. L'ipnosi risulta, pertanto, uno dei trattamenti più consoni nella garanzia dell'ansiolisi, diventando così un intervento efficace non invasivo, appropriato sia per efficacia, ma soprattutto perché, permette al paziente di partecipare in modo attivo e consapevole al proprio percorso di cura.

Come testimonia la letteratura, l'ipnosi può ridurre il consumo di farmaci analgesici, ansiolitici anche in regime ambulatoriale. Spesso durante esami diagnostici invasivi, come colonscopie, gastroscopie e broncoscopie, si ricorre alla somministrazione di farmaci per alleviare l'ansia al paziente e poter procedere all'intervento. Questo può comportare che il paziente non possa tornare a casa nell'immediato, ma debba essere accompagnato e passare più tempo in ospedale. Al contrario, l'ipnosi consente la rapida e autonoma dimissione del soggetto. Ciò incide positivamente sulla percezione dell'esame subito, che gradualmente desterà minor preoccupazione perché ritenuto meno invalidante e doloroso. Al contempo la ridotta permanenza in ospedale post intervento contribuisce a contenere i costi. L'individuazione dell'infermiere come gestore dell'intervento ipnotico, offre altresì il vantaggio di diminuire i costi economici ed organizzativi. Se l'intervento ipnotico è affidato ad un ipnologo esterno all'équipe multidimensionale, ciò comporta evidenti costi

aggiuntivi. D'altro canto qualora sia l'infermiere stesso a praticare l'ipnosi, questa diventa immediatamente fruibile, senza interferire con il lavoro dell'équipe (Montgomery et al. 2007).

L'assistito richiede all'infermiere una migliore qualità di cura, di sentirsi maggiormente preso in carico in tutto il suo percorso assistenziale. L'esempio dei pazienti che soffrono di sindrome di intestino irritabile (IBS) è stato fondamentale per chiarire l'interessante rapporto tra infermiere ed intervento ipnotico. Gli assistiti, che hanno sperimentato l'uso dell'ipnosi con l'aiuto d'infermieri in contesti ambulatoriali, dichiarano una percezione migliore delle cure e di sentirsi maggiormente presi in carico dall'assistenza infermieristica.

Ustionati e pazienti che soffrono di IBS sono coloro che usufruiscono di percorsi di assistenza infermieristici internazionali già sviluppati ed eticamente approvati. Non è un caso, se proprio in questi contesti operativi, l'uso dell'ipnosi, come intervento di analgesia e ansiolisi, è storicamente testimoniato in maniera più assidua ed ha raggiunto livelli organizzativi più complessi. Mi riferisco, soprattutto, ai risultati ottenuti con la ricerca nella letteratura internazionale, dove l'autonomia dell'infermiere è ben testimoniata. L'implementazione dell'ipnosi in Percorsi Diagnostici-Terapeutici Assistenziali (PDTA) si è sviluppata per garantire al soggetto tutte le strategie necessarie per superare nel migliore dei modi sia procedure invasive, sia la riduzione di dolore e di sintomi spiacevoli determinati dalle malattie croniche. Questo implica che, a livello internazionale, il trattamento può essere impiegato in autonomia da parte dell'infermiere con certificate competenze in campo ipnotico (De Jong et al. 2007).

L'esperienza di Torino, invece, rispecchia il contesto culturale dell'Italia e vuole semplicemente sviluppare nuove strategie di *coping* nell'assistito. Attraverso l'educazione terapeutica, l'infermiere guida l'assistito all'apprendimento di tecniche ipnotiche. Inoltre, lo informa che potrà raggiungere lo stesso identico risultato in autonomia, al proprio domicilio. Proprio attraverso un contratto educativo, formulato con la consensualità dell'assistito, l'infermiere potrà maggiormente sviluppare e sfruttare le potenzialità della tecnica, apportando la sua competenza nell'assistenza e implementando il grado di soddisfazione dell'assistito.

L'esperienza di Torino ci insegna che il professionista che usa l'ipnosi, acquisisce maggior *empowerment*, grazie al rinforzo positivo che i pazienti gli rimandano. Attraverso la cura

olistica, l'infermiere può meglio apprezzare la riduzione degli effetti negativi determinati da trattamenti non appropriati. Ciò viene maggiormente supportato dalla convinzione di aver considerato il paziente nella sua totalità. Il professionista, inoltre, agevolmente accresce la sua autoefficacia e autodeterminazione, migliorando le sue performance lavorative e riducendo i rischi di negligenza. In questo senso la sperimentazione di Torino evidenzia come l'ipnosi possa motivare e valorizzare la prassi infermieristica, coinvolgendo il professionista nella percezione della qualità delle cure erogate e amplificando il suo grado di soddisfazione.

In conclusione, rapporti empatici e di fiducia, obiettivi condivisi e sviluppo di diverse strategie di *coping* appaiono convalidare la vicinanza tra ipnosi e prassi infermieristica.

Ulteriori studi e ricerche sono indispensabili per meglio inquadrare il ruolo dell'ipnosi nella pratica infermieristica italiana.

## 6. CONCLUSIONI

Lo studio intrapreso evidenzia che la tecnica ipnotica è stata scarsamente inserita nella gestione di percorsi di cura, non per la sua scarsa efficacia, ma per poca attenzione verso un trattamento non tecnologico e poco dispendioso. L'intervento ipnotico nel garantire analgesia e ansiolisi da parte dell'infermiere richiede maggiori prove per focalizzare le indicazioni terapeutiche in modo approfondito e personalizzato.

I risultati dell'efficacia osservata nel tempo e nei diversi dipartimenti ospedalieri della sperimentazione di Torino si integrano perfettamente a quelli evidenziati della letteratura internazionale. La realtà di Torino è ancor poco conosciuta, solo dal 4 ottobre 2014 si è istituita l'Associazione Scientifica Infermieri Esperti Comunicazione Ipnotica (A.S.I.E.C.I.). Elaborare le indicazioni operative dell'esperienza del *team* di Torino e divulgarle è un importante passo avanti nella diffusione dell'ipnosi in campo infermieristico. L'alto profilo della formazione concorre, inoltre, ad orientare lo sviluppo dell'ipnosi stessa in campo medico-infermieristico favorendo ulteriori e rilevanti cambiamenti.

L'inserimento di questa tecnica nella formazione universitaria del personale infermieristico potrebbe facilitare gli studenti nel cogliere i bisogni essenziali degli assistiti. Durante il percorso di studi e di tirocinio risulta evidente l'importanza di saper cogliere i bisogni del paziente, che siano espressi in modo esplicito o meno. L'esigenza di trovare dei diversi modi di approcciarsi alla relazione di aiuto, può ulteriormente richiamare l'interesse di diverse professioni sanitarie nei confronti di quest'antica tecnica.



## BIBLIOGRAFIA

- Abdi, S. & Zhou, Y. (2002). Management of pain after burn injury. *Current Opinion Anaesthesiology*, 15(5), 563-567.
- Abrahamsen, R., Dietz, M., Lodahl, S., Roepstorff, R., Zachariae, R., Ostergaard, L., & Svensson, P. (2010). Effect of hypnotic pain modulation on brain activity in patients with temporomandibular disorder pain. *Pain*, 151(3), 825-833.
- Amundson, J., Alladin, A., & Eamon, G (2003). Efficacy vs effectiveness research in psychotherapy: implication for clinical hypnosis. *America Journal of Clinical Hypnosis*, 46(1), 11-29.
- Ashton, R., Whitworth, G., Seldomridge, A., Shapiro, P., Michler, R. Smith, C., Rose, E., & Fisher, S. (1995). The effects of self-hypnosis on quality of life following coronary artery bypass surgery: preliminary results of a prospective, randomized trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 1(3), 285-290.
- Airosa, F., Andersson, S., Falkenberg, T., Forsberg, C., Nordby-Hörnell, E., Öhlén, G., & Sundberg, T. (2011). Tactile massage and hypnosis as a health promotion for nurses in emergency care-a qualitative study. *Complementary and Alternative Medicine*, 11(1), 83-91.
- Bayat, A., Ramaiah, R., & Bhananker, S. (2010). Analgesia and sedation for children undergoing burn wound care. *Expert Review Neurother*, 10(11), 1747-1759.
- Beebe, K. (2014). Hypnotherapy for labor and birth. *Nursing for Womens Health*, 18(1), 50-59.
- Berger, M., Davadant, M., Marin, C., Wassarfallen, J., Pinget, C., Maravic, P., Kock, N., Raffoul, W., & Chiolerio, R. (2010). Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns. *Burns*, 36(5), 639-646.
- Bremner, H. (2013). Nurse-led hypnotherapy: an innovative approach to irritable bowel syndrome. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 19(3), 147-152.
- Brunner-Suddart, A., Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J., & Cheever, K. (2010). *Infermieristica medico-chirurgica*. Quarta Edizione (vol.1). Milano: Casa editrice Ambrosiana.
- Buchser, E., Burnand, A., Sprunger, A., Clemence, A., Lepage, C., Martin, Y., Chèdel, D., Guex, P., Sloutskis, D., & Rumley, R. (1994). Hypnosis and self-hypnosis,

- administred and taught by nurses, for the reduction of chronic pain: a controlled clinical trial. *Schweiz Med Wochenschr*, 124 (suppl.62), 77-83.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2011). *Diagnosi infermieristiche*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Casiglia, E., Schiavon, L., Tikhonoff, V., Haxhi-Nasto, H., Azzi, M., Rempelou, P., Giacomello, M., Bolzon, M., Bascelli, A., Scarpa, R., Lapenta, A., & Rossi, A. (2007). Hypnosis prevents the cardiovascular response to cold pressor test. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49(4), 256-266.
- Castel, A., Perez, M., Sala, J., Patrol, A., & Rull, M. (2007). Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: Comparison. *European Journal Pain*, 11(4), 463-468.
- Conlong, P., & Rees, W. (1999). The use of hypnosis in gastroscopy: a comparison with intravenous sedation. *Postgraduate Medicine*, 75(822), 223-236.
- Cuellar, N. (2005). Hypnosis for pain management in the older adult. *Pain Management Nursing*, 6(9), 105-111.
- Cyna, A., Tomkins, D., Maddock, T., & Barker, D. (2007). Brief hypnosis for severe needle phobia using switch-wire imagery in a 5-year old. *Pedriatic Anesthesia*, 17(8), 800-804.
- De Jong, A., Middelkoop, E., Faber, A., & Van Loey, N. (2007). Non-pharmacological nursing interventions for procedural pain relief in adults with burns: A systematic literature review. *Burns*, 33(7), 811-827.
- Delord, V., Khirani, S., Ramirez, A., Joseph, E., Gambier, C., Belson, M., Gajan, F., & Fauroux, B. (2013). Medical hypnosis as a tool to acclimatize children to noninvasive positive pressure ventilation: a pilot study. *Chest*, 144(1), 87-91
- Deng, G., & Cassileth, B. (2005). Integrative oncology: complementary therapies for pain, anxiety and mood disturbance. *Journal Clinical Cancer*, 55(2) 109-116.
- Disbrow, E., Bennet, H., & Owings, J. (1993). Effect of preoperative suggestion on postoperative gastrointestinal motility. *The Western Journal of Medicine*, 158(5), 488-492.
- Duhamel, K., Redd, W., & Vickberg S. (1999). Behavioral interventions in the diagnostic treatment and rehabilitation of children with cancer. *Acta oncologica*, 38(6), 719-735.



- Elkins, G., Jersen, M., & Patterson, D. (2007). Hypnotherapy for the management of chronic pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 275-287.
- Elkins, G., Montgomery, G., White, J., Patel, P., Marcus, J., & Perfect, M. (2006). Hypnosis to manage anxiety and pain associated with colonoscopy for colorectal cancer screening: case studies and possible benefits. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(4), 416-431.
- Ellis, J. & Spanos, N. (1994). Cognitive-behavioral interventions for children's distress during bone marrow aspirations and lumbar punctures: a critical review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9(2), 96-108.
- Erickson, M., & Rossi, E. (1985). *L'esperienza dell'ipnosi. Approcci terapeutici agli stati alterati*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
- Ernst, E., Pittler, M., & Boddy, K. (2007). Mind-body therapies: are the trial data getting stronger? *Alternative Therapies*, 13(5), 62-64.
- Erssfr, S., Cowdell, F., Latter, S., Gandiner, E., Flohr, C., Thompson, A. Jackson, K., Farasat, H., Ware, F., & Drury, A. (2014). Psychological and educational intervention of atopic eczema in children: review. The Cochrane Collaboration, 18(3).
- Facco, E. (2014). *Meditazione e ipnosi*. Pavia: Edizioni Altravista.
- Facco, E., Pasquali, S., Zanette, G., & Casiglia, E. (2013). Hypnosis as sole anaesthesia for skin tumour removal in a patient with multiple chemical sensitivity. *Anaesthesia*, 68(9), 961-965.
- Faliva, A. (2008). *Invito al benessere: ipnosi, autoipnosi e meditazione per la gestione del dolore*. Milano: Urta.
- Faymonville, M., Boly, M., & Laureys, S. (2006). Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *Journal of Physiology Paris*, 99(4), 463-469.
- Faymonville, M., Defechereux, T., Degueldre, C., Fumal, I., Joris, J., & Hamoir, E. (2000). L'hypnosedation un nouveau mode d'anesthésie pour la chirurgie endocrinienne cervicale. Etude prospective randomisée. *Annales de Chirurgie*, 125(6), 539-546.
- Faymonville, M., Laureys, S., Degueldre, C., Del Fiore, G., Luxen, A., Franck, G., Lamy, M., & Maquet, P. (2000). Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology*, 92(5), 1257-1267.

- Faymonville, M., Roediger, L., Del Fiore, G., Delguedre, C., Phillips, C., Lamy, M., Luxen, A., & Maquet, P. (2003). Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Cognitive Brain Research*, 17(2), 255-262.
- Faymonville, M., Vanhaudenhuyse, A., Boly, M., Balteau, E., Schnakers, C., Moonen, G., Luxen, A., Lamy, M., Deguedre, C., Brichant, J., Maquet, & P., & Laureys, S. (2009). Pain and non-pain processing during hypnosis: a thulium-YAG event-related fMRI study. *NeuroImage*, 47(3), 1047-54.
- Flory, N., Lang, E., & Martinez Salzar, G. (2007). Hypnosis for acute distress management during medical procedures. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 303-317.
- Gallimberti, U. (2006). *Dizionario di psicologia*. Torino: UTET.
- Gamst-Jensen, H., Vedel, P., Lindberg-Larsen, V., & Egerod, I. (2014). Acute pain management in burn patients: appraisal and thematic analysis of four clinical guidelines. *Burns*, 40(8), 1463-1469.
- Gatlin, C., & Schulmeister, L. (2007). When medication is not enough: nonpharmacologic management of pain. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(5), 699-704.
- Ghoneim, M., Block, R., Sarasin, D., Davis, C., & Marchman, J. (2000). Tape-recorded hypnosis instructions as adjuvant in the care of patient scheduled for third molar surgery. *Anesthesia & Analgesia*, 90(1), 64-68.
- Godfrey H., (2005). Understanding pain, part 2: pain management. *British Journal of Nursing*, 14(17), 904-909.
- Goleman, D. (1996). *L'intelligenza emotiva*. Milano: R.C.S.
- Granone, F. (1989). *Trattato d'ipnosi*. Torino: UTET.
- Gurgevich, S. (2003). Clinical hypnosis and surgery. *Alternative Medicine Alert*, 10(6) 109-120.
- Halcòn, L., Chlan, L., Kreitzer, M., & Leonard, B. (2003). Complementary therapies and healing practices: faculty/student belief and attitudes and the implications for nursing education. *Journal of Professional Nursing*, 19(6), 387-397.
- IPASVI, F. N. (2012). XVI Convegno. *La comunicazione ipnotica nella gestione del dolore e dell'ansia da procedure diagnostico-terapeutiche*, Bologna.

- Jones, H., Cooper, P., Miller, V. B., & Whorwell, P. (2015). Treatment of non-cardiac chest pain: a controlled trial of hypnotherapy. *Gut*, 55(10), 1403-1410.
- Keller, V., (1995). Management of nausea and vomiting in children. *Journal of Pediatric Nursing*, 10(5) 280-286.
- Kirsch, I. (1999). Hypnosis and placebo: response expectancy as a mediator of suggestion effects. *Annales de Psychologia*, 15(1), 99-110.
- Kirsh, K., Thornberry, T., Schaeffer, J., Wright, P., & Haley, M. (2007). An exploration of the utility of hypnosis in pain management among rural pain patients. *Palliative and Supportive Care*, 5(2), 147-152.
- Kuppenheimer, W., & Brown, R. (2002). Painful procedures in pediatric cancer. *Clinical Psychology Review*, 22(5), 753-786.
- Kwekkeboom, K., Cherwin, C., Lee, J., & Wanta, B. (2010). Mind-body treatments pain-fatigue-sleep disturbance symptom cluster in persons with cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(1), 126-138.
- Jambrik, Z., Sebastiani, L., Picano, E., Santarcangelo, E., & Ghelarducci, B. (2005). Hypnotic modulation of flow-mediated endothelial response to mental stress. *International Journal of Psychophysiology*, 55(2), 221-227.
- Jones, H., Cooper, P., Miller, V., Brooks, N., & Whorwell, P. (2015). Treatment of non-cardiac chest pain: a controlled trial of hypnotherapy. *Neurogastroenterology*, 55(10), 1403-1408.
- Landier, W., & Tse, A. (2010). Use of complementary and alternative medical interventions for the management of procedure-related pain anxiety and distress in pediatric oncology: a integrative review. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(6), 566-579.
- Lang, E., & Rosen, M. (2002). Cost analysis of adjunct hypnosis with sedation during outpatient interventional radiologic procedures. *Radiology* 222(2), 375-382.
- Lang, E., Benetosch, E., Lutgendorf, S., Fick, L., & Watson, D. (2000). Rapid anxiety assessment in medical patients: evidence for the validity of verbal anxiety ratings. *Annals of Behavioral Medicine*, 22(3), 199-203.
- Lang, E., Berbaum, K., Faintuch, S., Hatsiopoulou, O., Halsey, N., Li, X., Berbaum, M., Laser, E., & Baum, J. (2006). Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient

- medical procedures: A prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. *Pain*, 126(4), 155-164.
- Lang, E., Berbaum, K., Pauker, S., Faintuch, S., Salaza, G., Lutgendorf, S., Laser, E., Logan, H., & Spiegel, D. (2008). Beneficial Effects of Hypnosis and adverse effects of empathic attention during percutaneous tumor treatment: When being nice does not suffice. *Journal Vascular Intervention Radiology*, 19(6), 897-905.
- Lang, E., Hatsiopoulou, O., Koch, T., Berbaum, K., Lutgendorf, S., Kettenmann, E., Logan, H., & Kaptchuk, T. (2005). Can words hurt? Patient provider interaction during invasive procedures. *Pain*, 114(1), 303-309.
- Lang, E., Schupp, C., Berbaum, K., & Berbaum, M. (2005). Pain and anxiety during interventional radiologic procedures: effect of patients state anxiety at baseline and modulation by nonpharmacologic analgesia adjuncts. *Journal of Vascular and Interventional Radiology* 16(2), 1585-1592.
- Lang, E., Tan, G., Amihai, I., & Jensen, M. (2014). Analyzing acute procedural pain in clinical trials. *Pain*, 155(6), 1365-1373.
- Lang, E., Ward, C., & Laser, E. (2010). Effect of team training on patients ability to complete MRI examinations. *Academic Radiology*, 17(1), 18-23.
- Lebovits, A., Twersky, K., & McEwan, B. (1999). Intraoperative therapeutic suggestion in day-case surgery: are benefits for postoperative outcome? *British Journal of Anaesthesia*, 82(6), 861-866.
- Lew, M., Kravits, K., Garberoglio, C., & Williams, A. (2011). Use of preoperative hypnosis to reduce postoperative pain and anesthesia-related side effects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(4), 406-423.
- Liossi, C., White, P., & Hatira, P. (2009). A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control venepuncture-related pain of paediatric cancer patients. *Pain* 142(3), 255-263.
- Lotfi-Jam, K., Carey, M., Jefford, M., Schofield, P., Charleson, C., & Aranda, S. (2008). Nonpharmacologic strategies for managing common chemotherapy adverse effects: a systematic review. *Journal of Clinical Oncology*, 26(34), 5618-5629.
- Lövdahl, J., Ringström, G., Agerforz, P., Törnblom, H., & Magnus, S. (2015) Nurse-administered, gut-directed hypnotherapy in IBS: efficacy and factors predicting a positive response. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 58(1), 100-114.

- Lynch, D. (1999). Empowering the patient: hypnosis in the management of cancer, surgical disease and chronic pain. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42(2), 122-130.
- Lynn, S., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardena, E., & Patterson, D. (2000). Hypnosis as a empirically supported clinical intervention: the state of the evidence and a look the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 239-259.
- Mackey, E. (2010). Effects of hypnosis as an adjunct to intravenous sedation for third molar extraction; a randomized, blind, controlled study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(1), 21-38.
- Marc, I., Pelland-Marcotte, M., & Ernst, E. (2011). Do standards for the design and reporting of nonpharmacological trials facilitate hypnotherapy studies? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(1), 64-81.
- Mackenzie, A., & Frawley, P., (2007). Preoperative hypnotherapy in the management of a child with anticipatory nausea and vomiting. *Anesthesia and Intensive Care*, 35(5), 784-787.
- Medlicott, M., & Harris, S. (2006). A systematic review of the effectiveness of exercise, manual therapy, electrotherapy, relaxation training and biofeedback in the management of temporomandibular disorder. *Physical Therapy*, 86(7), 955-973.
- Meurisse, M., Hamoir, E., Defechereux, T., Gollogly, L., Derry, O., Postal, A., Joris, J., & Faymonville, M. (1999). Bilateral neck exploration under hypnosedation. *Annals of Surgery*, 229(3), 401-408.
- Montgomery, G., Bovbjerg, D., Schnur, J., David, D., Goldfarb, D., Weltz, C., Schechter, C., Graff-Zivin, J., Tatrow, K., Price, D., & Silverstein, J. (2007). A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *Journal of the National Cancer Institute*, 99(17), 1304-1311.
- Montgomery, G., David, D., Winkel, G., Silverstein, J., & Bovbjerg, D. (2002). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. *Anesthesia and Analgesia*, 96(6), 1639-1645.
- Montgomery, G., Elkins, G., White, J., Patel, P., Marcus, J., & Perfect, M. (2006). Hypnosis to manage anxiety and pain associated with colonoscopy for colorectal cancer screening: case studies and possible benefits. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(4), 416-431.

- Montgomery, G., Sohl, S., Stossel, L., Schnur, J., Tatrow, K., & Gherman, A. (2010). Intentions to use hypnosis to control the side effects of cancer and its treatment. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 53(2), 89-96.
- Montgomery, G., Weltz, C., Seltz, M., & Bovbjerg, D. (2000). Brief presurgery hypnosis reduces distress and pain in excisional breast biopsy patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50(1), 17-32.
- Nash, M. (2010). Salient findings: pivotal reviews and research on hypnosis, soma and cognition. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(1), 82-88.
- Nelson, E., Dowsey M., Knowles, S., Castle, D., Salzberg, M., Monshat, K., Dunin, A., & Choong, P. (2013). Systematic review of the efficacy of pre-surgical mind-body based therapies on post-operative outcome measures. *Complementary Therapies in Medicine*, 21(6), 697-711.
- Nèron, S., & Stephenson, R. (2007). Effectiveness of hypnotherapy with cancer patients trajectory: emesis, acute pain and analgesia and anxiolysis in procedures. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 336-35.
- Nilsson, U., Rawal, N., Enqvist, B., & Unosson, M. (2003). Analgesia following music and therapeutic suggestions in the PACU in ambulatory surgery: a randomized controlled trial. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 47(3), 278-283.
- Novoa, R., & Hammond, T. (2008). Clinical hypnosis for reduction of atrial fibrillation after coronary bypass graft surgery. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 75 (supple 2), 44-47.
- Nusbaum, F., Redoutè, J., Le Bars, D., Volckmann, P., Simon, F., Gaucher, J., Hannaun, S., Ribes, G., Laurent, B., & Sappey-marinier, D. (2011). Chronic low-back pain modulation is enhanced by hypnotic analgesic suggestion by recruiting an emotional network: a PET imaging study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(1), 27-44.
- Paquier-Valette, C., Wierzbicka-Hainaut, E., Cante, V., Charles, S., & Guillet G. (2014). Evaluation de l'hypnose à visée antalgique dans la photothérapie dynamique; étude pilote. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, 141(3), 181-185.
- Patrian, C. (1973). *Ipnatismo, magnetismo e suggestione*. Milano: Bietti.

- Patterson, D., & Jensen, M. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129(4), 496-521.
- Patterson, D., Everett, J., Burns, G., & Marvin, J. (1992). Hypnosis for the treatment of burn pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 713-717.
- Podert, T., & Lemieux, R. (2014). How effective are spiritual core and body manipulations therapies in pediatric oncology? A systematic review of the literatura. *Global Journal of Health Science*, 6(2), 112-128.
- Popa-Volea, O., & Purcavea, V. (2014). Psychological intervention a critical element of rehabilitation in cronic pulmonary deseases. *Journal of Medicine and Life*, 7(2), 274-281.
- Restif, A., (2010). L'autohypnose, une ressource pour l'enfant lors de soins douloureux. *Soins Pediatrie Puericulture*, 31(254), 37-39.
- Richardson, J., Smith, J., & Pilkington, K. (2006). Hypnosis for procedure-related pain and distress in pediatric cancer patients: a systematic review of effectiveness and methodology related to hypnosis interventions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(1), 70-84.
- Rutten, J., Korterink, J., Venmans, L., Benninga, M., & Tabbers, M. (2015). Nonpharmacologic treatment of functional abdominal pain disorders: a systematic review. *Pediatrics*, 135(3), 522-535.
- Saadat, H., Drummond-Lewis, J., Maranets, I., Kaplan, D., Saadat, A., Wang, S., & Kain, Z. (2006). Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. *Anesthesia & Analgesia*, 102(5), 1394-96.
- Santarcangelo, E., Jambrik, Z., Rudisch, T., Varga, A., Foster, T., & Carli, G. (2005). Modulation of pain-induced endothelial dysfunction by hypnotizability. *Pain*, 116(3), 181-186.
- Saraswati, S. S. (2013). *Yoga Nidra*. India: Yoga Publications Trust.
- Schulz-Strubner, S., Krings, T., Meister, I., Rex, S., Thron, A., & Rossaint, R. (2004). Clinical hypnosis modulates functional magnetic resonance imaging signal intensities and pain perception in a thermal stimulation paradigm. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 29(6), 549-556.
- Shenefelt, P. (2005). Complementary pyschocutaneous therapies in dermatology. *Dermatologic Clinics*, 23(4), 723-734.

- Smith, G. (2006). Effect of nurse-led gut-directed hypnotherapy upon health-related quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Clinical Nursing* 15(6), 678-684.
- Spiegel, D. (2006). Wedding hypnosis to the radiology suite. *Pain*, 126(1) 3-4.
- Spiegel, D. (2007). The mind prepared: hypnosis in surgery. *Journal of the National Cancer Institute*, 99(17), 1280-1281.
- Spiegel, D., Butler, L., Symons, B., Henderson, L., & Shortliffe, L. (2005). Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedural for children. *Pediatrics*, 115(1), 77-85.
- Stewart, J. (2005). Hypnosis in contemporary medicine. *Mayo Clinic Proceedings*, 80(4), 511-524.
- Stinson, J., Yamada, J., Dickson A., Lamba, J., & Stevens, B. (2008). Review of systematic reviews on acute procedural pain in children in the hospital setting. *Pain Res. Manage*, 13(1), 51-57.
- Uman, L., Chambers, C., McGrath, P., & Kisely, S. (2008). Systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescent: an abbreviated Cochrane Review. *Psychological Interventions for Needle Pain*, 33(8), 842-855.
- Vandevusse, L., Hanson, L., Berner, M., & Winters, J. (2010). Impact of self-hypnosis in women select physiologic and psychological parameters. *Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing*, 39(2), 159-168.
- Wagstaff, G., Cole, J., & Brunas-Wagstaff, J. (2008). Measuring hypnotizability: the case for self-report depth scales and normative data for the long Stanford Scale. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(2), 119-142.
- Wernick, R., Jeremko, M., & Taylor, P. (1981). Pain management in severely burned adults: a test of stress inoculation. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 103-109.
- Wild, M., & Colin, A. (2004). The efficacy of hypnosis in the reduction of procedural pain and distress in pediatric oncology: a systematic review. *Journal Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25(3), 207-213.
- Wobst, A. (2007). Hypnosis and surgery: past, present and future. *Anesthesia & Analgesia*, 104(5), 1099-1208.



Wright, R., & Drummond, P. D. (2000). Rapid induction analgesia for the alleviation of procedural pain during burn care. *Burns*, 26(3), 257-282.

## **SITOGRAFIA**

<http://ciics.it>

<http://asieci.it/cms/>

<http://ipasvi.torino.it/download/File/Allegati%20newsletter/20141105/dati%20e%20risultati%20Comunicazione%20ipnotica.pdf>.

<http://www.infermierizzando.it/>



## **ALLEGATI**



## TABELLA A

### ANALGESIA

RIDUZIONE DEL DOLORE ACUTO	
<b>Procedure interventistiche (radiologiche):</b>	
<p>Risultati della ricerca nella letteratura internazionale:</p> <p>- <b>1)</b> (Lang et al. 2005; PMID:16371522) Tipo di studio: RCT</p> <p>- <b>2)</b> (Lang &amp; Rosen, 2002; PMID:11818602) Tipo di studio: RCT</p>	<p>-Esperienza di Torino 2008 presso l'U.O. di Elettrofisiologia ed Emodinamica:</p> <p>-Blocchi terapeutici delle faccette zygoapofisarie. n°52</p> <p>-Impianti di pace-maker cardiaci n° 34</p> <p>-Ablazioni cardiache n° 5</p> <p>-Chiusure forame ovale pervio n° 9</p>
<b>Procedure diagnostiche invasive:</b>	
<p>Risultati della ricerca nella letteratura internazionale:</p> <p>-<b>3)</b> (Ellis &amp; Spanos, 1994; PMID: 8021541) Tipo di studio: Review.</p>	<p>Esperienza di Torino 2007-2011:</p> <p>-Mammografie n°49</p> <p>-Broncoscopia n° 14</p> <p>-Biopsie ossee n°10</p> <p>-Biopsie renali n°30</p> <p>-Prelievi ematochimici n°4800</p> <p>-Rachicentesi n°59</p>

**Chirurgia:**

Risultati della ricerca nella letteratura internazionale:

**-4)** (Lew et al. 2011; PMID:21867377) Tipo di studio: RCT (il gruppo controllo utilizza cartelle cliniche pregresse).

**-5)** (Lynch, 1999; PMID:10624023) Tipo di studio: osservazionale descrittivo, serie di Case Report.

**Cure Palliative:**

Risultati della ricerca nella letteratura internazionale:

**- 6)** (Richardson et al. 2006; PMID:16442484) Tipo di studio: Review

**- 7)** (Keller et al. 1995; PMID:7500253)

**-5)** (Lynch, 1999; PMID:10624023)

Terapia antalgica presso il presidio ospedaliero “Molinette”:

-Posizionamento di impianto di un neuro-stimolatore midollare (SCS) n°14.

**RIDUZIONE DEL DOLORE CRONICO****Disturbi gastrointestinali:**

Risultati della ricerca nella letteratura

Esperienza di Torino del 2008-2009:

<p>internazionale:</p> <p><b>-8)</b> (Smith, 2006; PMID:16684163) Tipo di studio: sperimentale senza gruppo controllo</p> <p><b>- 9)</b> (Bremner, 2013; PMID:23890461) Tipo di studio: studio prospettico</p> <p><b>- 10)</b> (Lövdahl et al. 2015; PMID: 26046719) Tipo di studio: sperimentale</p>	<p>-Gastroenterologia presso ambulatori per effettuare endoscopie ed ecoendoscopie digestive (gastroscopie n°32, colonscopie n°11).</p> <p>-Gastroenterologia ed endoscopia Pediatrica presso “Santa Margherita” Ospedale infantile di Torino.</p>
---	--

#### **Medicazione di ferita da ustione dal secondo grado:**

<p>Risultati della ricerca nella letteratura internazionale:</p> <p><b>- 11)</b> (De Jong et al. 2007; PMID:17606326) Tipo di studio: review</p> <p><b>-12)</b> (Berger et al. 2010; PMID:19880257) Tipo di studio: RC non randomizzato</p>	<p>Esperienza di Torino ancora in atto:</p> <p>- Esperienza nel reparto “Grandi ustionati” dell’ospedale “Molinette” di Torino.</p>
---	---



**Dolore cronico:**

Risultati della ricerca nella letteratura internazionale:

**-13)** (Buchser et al. 1994;PMID: 8073244) Tipo di studio: RCT

**-5)** (Lynch, 1999; PMID:10624023)

**-14)** (Godfrey, 2005; PMID: 16224328) Tipo di studio: Trial

**Dolore correlato a terapia fotodinamica:**

Risultati della ricerca nella letteratura internazionale:

**-15)** (Paquier-Valette et al. 2013;PMID: 24635951) Tipo di studio: RCT

## TABELLA B

### ANSIOLISI

<b>Problemi respiratori:</b>  Risultati della ricerca nella letteratura internazionale:  <b>-16)</b> (Delord et al. 2013;PMID:23392731) Tipo di studio: Pilot study.	
<b>Diagnostica MRI:</b>	
Risultati della ricerca nella letteratura internazionale:  <b>-17)</b> (Lang, et al. 2010; PMID:19734060) Tipo di studio: RCT	Esperienza di Torino 2008:  -MRI: pazienti con attacco fobico n°7
<b>Procedure invasive in pazienti pediatrici:</b>	
Risultati della ricerca nella letteratura internazionale:  <b>- 6)</b> (Richardson et al. 2006; PMID:16442484)	Esperienza di Torino presso il reparto di pediatria dell'Ospedale “ Molinette” attualmente in atto.

**Procedure invasive in giovani donne:**

Risultati della ricerca nella letteratura internazionale:

**-18)** (Vandervusse et al., 2010; PMID:20409116) Tipo di studio: sperimentale

**Procedure invasive radiologiche (biopsia renale o vascolare):**

Risultati della ricerca nella letteratura internazionale:

**- 1)** (Lang et al. 2005; PMID:16371522)

**Sedazione:**

Risultati della ricerca nella letteratura internazionale:

**- 2)** (Lang & Rosen, 2002; PMID:11818602)

## TABELLA C

### EDUCAZIONE TERAPEUTICA

<b>Riduzioni effetti collaterali correlati a Neoplasia e trattamento chemioterapico:</b>	
Risultati della ricerca nella letteratura internazionale:  <b>-19)</b> (Gatlin& Schulmeister, 2007; PMID:17962177) Tipo di studio: Trial	Esperienza di Torino dal 2013:  -Day Hospital: Educazione terapeutica svolta in 1-5 incontri da parte del personale infermieristico
<b>Riduzione del dolore cronico in pazienti con IBS:</b>	
Risultati della ricerca nella letteratura internazionale:  <b>-8)</b> (Smith, 2006; PMID:16684163)  <b>- 9)</b> (Bremner, 2013; PMID:23890461)	
<b>Riduzione del dolore cronico nel paziente ustionato:</b>	
Risultati della ricerca nella letteratura internazionale:  <b>- 11)</b> (De Jong et al. 2007; PMID:17606326)	

